## ***Hyponatriämie***

Die Diagnose gestaltet sich aufgrund der vielfältigen, unspezifischen Symptome oftmals schwierig. Diese reichen von Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen über psychiatrische, neurologische und kognitive Beschwerden bis hin zu lebensbedrohlichen Symptomen wie Herzstillstand oder Koma.



Hyponatriämie ist in unserem Fachgebiet insbesondere als Folge von Gabe von SSRI – ggfls. In Kombination mit CBZ – zu beachten und dann schwierig von der Ursprungssymptomatik, der Indikation für diese Kombination abzugrenzen.

Regelmäßige Laborkontrollen der Elektrolyte sind angeraten.

**Die Symptome** können neurologischen und/oder psychiatrischen Erkrankungen ähneln, so dass insbesondere bei beginnenden Symptomen Verwechslungen möglich sind. Häufig besteht am Anfang Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Gangunsicherheit und Konzentrationsstörungen. Es kann dann aber zu epileptischen Anfällen und Schläfrigkeit, schließlich  zum Koma und zum Tod kommen.  Diese Symptome entstehen letztlich durch ein Hirnödem, also eine Wassereinlagerung in das Hirngewebe, besonders im Hirnstammbereich. Je schneller die Hyponatriämie entsteht und je schneller sie korrigiert wird, umso häufiger und schwerer sind die Symptome

|  |
| --- |
|  |
| **Nicht immer treten die Symptome dramatisch auf. Das Krankheitsbild kann sich auch ganz allmählich entwickeln** | Folgen dieses Natriumverlusts sind abhängig von der Höhe des Natriummangels und von der Schnelligkeit, mit der die Störung auftritt. Zusammenfassend können folgende Symptome auftreten: * Abnahme des Herzschlagvolumens
* Abnahme der Koronar- und Organdurchblutung
* Abnahme des Urinvolumens und der Natriumausscheidung
* starkes Durstempfinden
* [Anorexie](http://www.medizinfo.de/ernaehrung/essstoerungen/magersucht/start.shtml) (Abmagerung)
* Störungen des Geschmacksempfindens
* Muskelkrämpfe, Oberbauchkrämpfe, Krampfanfälle
* [Kopfschmerzen](http://www.medizinfo.de/schmerz/migraene/migraene.htm)
* Erschöpfung
* Bewusstseinsstörungen
* Schockzustände
* [Koma](http://www.medizinfo.de/neurologie/koma/start.shtml)
* neurologische und zerebrale Störungen
 |

**Behandlung**

Hyponatriämie ist nicht selten und ist behandlungsbedürftig. Besonders ältere Menschen sind normalerweise betroffen. Wenn es zu neuropsychiatrischen Komplikationen kommt ist die Prognose in der Regel ernst, sonst erholen sich viele Patienten ausgesprochen gut. Asymptomatisch ist sie in der Regel harmlos. Symptomatische Hyponatriämie muss behandelt werden in der Regel mit hypertonen Kochsalzlösungen. Der Ausgleich sollte auf ungefähr 10 mmol/L in den ersten 24 bis 48 Stunden begrenzt werden. Serumnatriumsubstitutionen von Hyponatriämien speziell alkoholkranker und mangelernährter Patienten über 10 mmol/l in 24 Stunden (0,4 mmol/l/h) gelten als Pathogenese osmotischer Myelinolysen. Bei schwerer Hyponatriämie und gleichzeitiger erhöhter Natriumausscheidung: Declomycin 2x600 mg p.o. (oder Magensonde) am ersten Tag, dann weiter mit 1 x 600 mg/die.Bei hypovolämischer Dehydration kann isotone Kochsalzlösung gegeben werden. Bei euvolämischen Zuständen Flüssigkeitsrestriktion auf 1L/Tag und evtl Demeclocyclin (600-1200 mg/day), bei Symptomatik intravenös 3%ige hypertone Salzlösung, hypervolämisch Behandlung der Ursache, Flüssigkeitsrestriktion auf 1L/Tag und evtl Demeclocyclin (600-1200 mg/day) (2006;332;702-705 BMJ)

Verwandte Themen, Literatur:

1. Psychiatrie aktuell, 19/07/2001 - Ecstasy kann tödliches Hirnödem auslösen nach *DMW 2001; 126: S. 809 - 811).*<http://www.psychiatrie-aktuell.de/news/detail_fachforum.jhtml?itemname=news_370>
2. T. Münzer, B.M. Gründler, M. Miller, Rezidivierende Hyponatriämien, neurologische Symptomatik und jahrelange Einnahme von Levomepromazin,  PRAXIS, Schweizerische Rundschau für Medizin, Band 88, 1999 Heft 6 © Verlag Hans Huber AG, Bern
3. UAW: Paroxetin und Hyponatriämie; Deutsches Ärzteblatt 101, Ausgabe 24 vom 11.06.2004, Seite A-1766[HTML](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=42357) | [PDF](http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=42357)
4. Michael N. Diringer, Allyson R. Zazulia, Hyponatremia in Neurologic Patients: Consequences and Approaches to Treatment; The Neurologist 2006;12: 117–126)
5. Moritz ML, Ayus JC. Disorders of water metabolism in children: hyponatremia and hypernatremia. [Pediatr Rev 2002; 23: 371–80](http://pedsinreview.aappublications.org/cgi/content/full/23/11/371?ijkey=a02121bd44487a7a3dbed9e868d2bd8181fee30e&keytype2=tf_ipsecsha)
6. Joseph G. Verbalis et al., **Hyponatremia Treatment Guidelines 2007:** Expert Panel Recommendations [The American Journal of Medicine (2007) Vol 120 (11A), S1–S21](http://www.ninerx.com/smf/index.php?action=dlattach;topic=1838.0;attach=4011)
7. Adrogue HJ, Madias NE. Hyponatremia.  [*N Engl J Med*  2000; 342: 1581-89.](http://content.nejm.org/cgi/reprint/342/21/1581.pdf?andorexacttitleabs=and&search_tab=articles&tocsectionid=Original+Articles&tocsectionid=Special+Reports&tocsectionid=Special+Articles&tocsectionid=Clinical+Practice&tocsectionid=Review+ArticlesAORBClinical)